



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Powiat
Piaseczyński



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisany/a.....

Dobrowolnie deklaruję swój udział w Programie „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2019, Moduł III oraz oświadczam, że:

1. **Zostałem/am poinformowany/a**, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.

2. **Zapoznałem/am się** z regulaminem naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa- edycja 2019.

3. **Oświadczam, że: (wstawić x)**

korzystam

nie korzystam

ze wsparcia świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu w innej Instytucji oraz, że w przypadku korzystania ze świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego suma limitu przyznanych godzin nie przekracza 240.

4. **Oświadczam, że: (wstawić x)**

korzystam

nie korzystam

z innych form usług, w szczególności usług opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach Programu „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”.

5. **Zostałem/am poinformowany/a**, że udział w formach wsparcia określonych w regulaminie naboru i uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2019 jest bezpłatny.

6. Zamieszkuję na terenie powiatu piaseczyńskiego.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. Udziału w zaplanowanych formach wsparcia
2. Wypełniania dokumentów związanych z realizacją Programu „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2019
3. Niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu
4. Przestrzegania zasad Regulaminu Programu.

Przyjmuję do wiadomości, że:

Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją programu „Opieka wytchnieniowa-edycja 2019, w szczególności do potwierdzenia kwalifikalności wydatków, udzielania wsparcia, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości. Podanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą i członka rodziny, w tym szczególnych kategorii danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w Programie „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2019.

Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach programu.

.....

data i podpis

Pouczenie

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji jak również w innych dokumentach złożonych w ramach realizacji Programu są zgodne z prawdą.

.....

data i podpis